UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 56

SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES VESICO-VAGINALES PAR VOIE VAGINO-PÉRINEALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1948

PAR

Henri MAURETTE

né le 15 Janvier 1922

MEMBRES DU JURY

MM. FABRE (P.). — *Président*

MOREL (L.).
VIRENQUE.
GRIMOUD. — *Assesseurs.*

DIEULAFE (R.). — *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, rue de la Pomme

1948

SUR LE TRAITEMENT
DES
FISTULES VESICO-VAGINALES
PAR VOIE VAGINO-PÉRINEALE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0027

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 56

SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES VESICO-VAGINALES PAR VOIE VAGINO-PÉRINEALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1948

PAR

Henri MAURETTE

né le 15 Janvier 1922

MEMBRES DU JURY

MM.	FABRE (P.).	*Président*
	MOREL (L.).	*Assesseurs.*
	VIRENQUE.	
	GRIMOUD.	
	DIEULAFE (R.).	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, rue de la Pomme

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CALVET.
ASSESSEUR	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER. GORSE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER.
Clinique médicale	TAPIE (J.) ROQUES.
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE. CLERMONT
Anatomie	VALLOIS
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL.
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopedie	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.).
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	N...
Médecine légale et Médecine du Travail	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	BAISSET
Obstétrique	GUILHEM
Anatomie	COULOUMA

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM. BIMES, ch. de f.
Anatomie	LAZORTHES
Médecine	GADRAT DARNAUD GERAUD DARDENNE LAPORTE
Chirurgie	VIRENQUE GRIMOUD RIEUNAU DIEULAFE DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	DEODATI
Chimie médicale	VALDIGUIE (P.)
Physique médicale	MARQUES
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale phamaceutique	BLANC
Histoire naturelle et pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Odonto-Stomatologie	CADENAT.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.).
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la Tuberculose	MOREL DAMBRIN (P.)
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	MM. BLANC.
Médecine Sociale et du Travail et Assurances Sociales	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Clinique O.R.L.	CLAUX
Secrétaire de la Faculté	DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES CHERS PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FABRE

Professeur de Clinique Urologique

Nous lui sommes très reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MOREL

Professeur de Pathologie Interne

Chargé de l'enseignement clinique de la Tuberculose

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DIEULAFE

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LHEZ

Ex-Chef de Clinique Urologique à la Faculté.
Chargé de cours à la Faculté

En hommage de notre vive reconnaissance pour son aide et ses conseils.

A MES CAMARADES
DE L'HOPITAL D'ALBI

A MES CAMARADES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

La fistule vésico-vaginale, lésion essentiellement due à une perte de substance plus ou moins étendue, est une affection grave non seulement en elle-même par les troubles fonctionnels qu'elle conditionne et les complications auxquelles elle expose, mais encore par les répercutions morales et le désarroi qu'elle apporte dans l'esprit de la malade qui s'en trouve affligée.

Quand il s'agit d'oblitérer ces fistules, des difficultés considérables surgissent pour le chirurgien; d'abord la situation de la lésion au fond d'un puits, difficile à exposer, ensuite la constitution elle-même des tissus dans lesquels le chirurgien doit travailler : tissus de cicatrice sans élasticité pauvrement vascularisés, sutures baignées par l'urine.

Toutes ces difficultés ont fait que bien des méthodes pour accéder à la lésion et pour la traiter ont vu le jour. Parmi celles-ci la voie vaginale, la voie transvésicale de Marion et la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu ayant fait leur preuve, sont devenues classiques.

En 1939, Picot publia dans le Journal de Chirurgie *un article intitulé : « Le traitement des fistules vésico-vaginales haut situées par voie vagino-*

périnéale ». Le Professeur R. Couvelaire *appliqua et perfectionna cette technique, s'instituant son défenseur à la Société Française d'Urologie.*

Ce mode opératoire a paru digne d'intérêt au Professeur Fabre *et c'est sur son instigation qu'a été entreprise cette thèse consacrée à l'étude de la voie d'abord vagino-périnéale des fistules vésico-vaginales.*

Nous l'en remercions bien vivement, tout en joignant notre sincère reconnaissance au Docteur Lhez *qui nous a dirigé dans notre travail.*

Il n'est pas dans notre intention de discuter la valeur des voies transvésicale de Marion et transpéritonéale de Legueu. Nous voudrions simplement, en apportant la contribution de quelques observations de fistules vésico-vaginales opérées et guéries par la méthode de Picot modifiée par Couvelaire, exposer les avantages de cette technique dont nous avons trouvé quelques exemples traités dans le Service d'Urologie de Toulouse.

Dans ce but, nous avons adopté le plan suivant :

- HISTORIQUE qui rappellera les améliorations successives apportées à la voie vaginale pour rendre plus abordable le trajet fistuleux.

- NOTIONS ETIOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES servant au choix d'une technique.

- NOTIONS TECHNIQUES servant au choix d'un mode opératoire.

— ETUDE DE LA VOIE VAGINO-PERINEALE proprement dite qui comprendra :
a) l'exposé de la technique opératoire ;
b) la discussion de cette technique.

— EXPOSE DES OBSERVATIONS.

— AVANTAGES DE LA VOIE PERINEALE qui découleront de cet exposé.

— — —

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La voie vaginale fut la première utilisée avant l'ère antiseptique. C'est la plus simple, celle qui demande le moins d'appareils par laquelle on accède naturellement à la lésion.

En 1834, Jobert de Lamballe exécute l'érythroplastie, procédé qui consistait à oblitérer la fistule à l'aide d'une greffe, d'un lambeau emprunté aux grandes lèvres, à la cuisse, à la fesse et mis en place avec avivement des bords de la fistule.

En 1845, Jobert créa la cytoplastie, procédé par glissement après décollement des lames vésicale et vaginale.

En 1857, Bozeman vint faire connaître en France la méthode de Marion-Sims, dite méthode américaine. Elle consistait dans l'avivement suivi de suture directe. Il avait imaginé une table spéciale sur laquelle il plaçait sa patiente.

Son opération se faisait en trois temps :

1er temps : Préparation longue mais élément capital du succès.

2me temps : Assouplissement et dilatation du vagin.

3me temps : Suture au fil d'argent.

En 1864, Duboué, de Pau, créa la méthode du dédoublement.

En 1893, Fergusson-Bracquehay fit participer dans sa technique le dédoublement et l'avivement. On commence par un dédoublement fait de la périphérie vers l'orifice fistuleux à l'inverse du dédoublement ordinaire puis, faisant faire charnière aux lambeaux ainsi créés, on les refoule vers la vessie. Un premier plan de suture au catgut non perforant maintient le refoulement, reconstituant ainsi le réservoir vésical. Au-dessous, la suture du vagin laissée avivée par le dédoublement vient constituer le second plan.

La bonne exposition de la fistule étant un facteur important du succès, on a cherché à améliorer ces méthodes en se servant de procédés opératoires :

1°) La position gynécologique a été remplacée par la position de Depage qui facilite l'intervention ;

2°) Dans le cas de vagin étroit, on a pratiqué une épisiotomie large ;

3°) On a employé le rétropulseur de Gourdet, de Nantes, instrument introduit fermé par l'urêtre dans la vessie où il se déploie en deux ailes de papillon. On le fait alors basculer en avant et il amène à la vulve la paroi vésico-vaginale largement étalée.

Pour atteindre les fistules haut situées les procédés précédents ne suffisaient pas.

En 1892, Michaux exposa au Congrès de Chirurgie son mode opératoire par voie ischio-rectale. Il place sa patiente en position de Sims. Parallèlement au sillon interfessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon il fait une incision de dix centimètres environ commençant en arrière et à peu près au niveau de l'anus et finissant en avant au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne. Cette incision conduit dans la graisse ischio-rectale facile à décoller et ne rencontre que les vaisseaux et nerfs hémorroïdaires inférieurs faciles à ménager.

La graisse refoulée, on a sous les yeux au fond de l'incision la partie supérieure de la face latérale du vagin recouverte supérieurement par les fibres antéro-postérieure du releveur de l'anus. Le doigt introduit dans le vagin n'est plus séparé que par la paroi vaginale du doigt introduit dans la plaie. On détermine alors facilement le milieu de la face latérale du vagin et on procède à l'incision de cette paroi par ponction au bistouri à trois ou quatre centimètres au-dessous du col. On agrandit ensuite l'incision au ciseau sur toute la face latérale du vagin y compris les grandes lèvres.

De longues pinces hémostatiques maintiennent béants les volets de cette fenêtre vaginale et on a sous les yeux toute la cloison vésico-vaginale.

La fistule devenue accessible, Michaux la suture par le procédé classique du dédoublement. Il referme ensuite plan par plan la brèche ischio-rectale en laissant un petit drain.

A la séance de l'Académie de Chirurgie d'octobre 1939, Picot exposa son mode opératoire par voie vagino-périnéale. Nous ne l'étudierons pas davantage dans ce paragraphe puisqu'elle fait l'objet de notre thèse.

En 1943, Guilhem et Grimoud publièrent un procédé d'abord des fistules profondes par voie vaginale. Ils pratiquent un débridement vulvo-vaginal bi-latéral. Les deux incisions de ce débridement sont à cheval sur la fourchette vulvaire, chacune d'elles comportant en arrière un segment cutané périnéal et un segment muqueux vaginal en avant. En écartant les lèvres de l'incision ils découvrent le releveur dont les fibres sont progressivement sectionnées à droite et à gauche jusqu'à ce qu'ils puissent abaisser fortement le fond du vagin. Ayant placé une valve en arrière tirant fortement sur la fourchette, ils libèrent et suturent la fistule en se servant du procédé de Fergusson-Bracquehay. Ils créent ensuite un rideau musculaire au devant de l'ancienne fistule et du fond du vagin. Pour cela, ils dissèquent le lambeau vaginal postérieur en clivant le plan recto-vaginal. Cette dissection terminée, ils suturent sur la ligne médiane les deux muscles releveurs qui ont été partiellement sectionnés au début de l'intervention. La constitution de ce rideau musculaire est poursuivie le plus loin possible en haut et en avant jusqu'à ce que l'enfouissement de la fistule soit recouvert. Ils rabattent ensuite le lambeau vaginal postérieur et ils suturent les incisions.

CHAPITRE II

NOTIONS ETIOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES SERVANT AU CHOIX D'UNE TECHNIQUE

Ce chapitre, basé sur l'étiologie et l'anatomo-pathologie des fistules vésico-vaginales, nous permettra de mettre en place la technique vagino-périnéale par rapport aux autres techniques classiques. Nous ajouterons à cet exposé quelques mots sur les inconvénients que peuvent présenter ces dernières méthodes.

A) RAPPEL ETIOLOGIQUE DES FISTULES

Deux grandes catégories sont à envisager :

1°) Causes obstétricales :

Les fistules obstétricales se produisent au cours d'accouchements laborieux au moment du travail. Elles sont dues au pincement de la cloison vésico-vaginale entre la tête fœtale et le pubis. Cette com-

pression amène une nécrose des tissus qui se détachent comme une escarre entraînant un conduit vésico-vaginal.

Parfois, c'est une intervention au cours de l'accouchement qui provoque la fistule : forceps, débridement d'un col rigide.

Ce sont, la plupart, des *fistules basses.*

2°) **Causes chirurgicales :**

On les observe à la suite de l'hystérectomie abdominale totale ou de l'hystérectomie vaginale, si le décollement vésico-vagino-utérin n'est pas convenablement fait, et que la vessie soit intéressée. Parfois primitivement, il n'existe pas de lésion vésicale mais l'amincissement de la paroi vésicale que l'on a décollé provoque la fistulation secondaire.

A côté de ce traumatisme opératoire, on trouve les fistules néoplasiques, postcurithérapiques, par perforation accidentelle par corps étranger, par abcès de la cloison.

Ce sont, pour la plupart, des *fistules hautes.*

B) RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Avec lui, nous entrons dans la phase constructive de notre exposé, car il est à la base des considérations opératoires. Les conditions étiologiques étudiées précédemment, nous permettent de placer les fistules en deux grands types :

Fistules basses
Fistules hautes

1°) **Fistules basses** situées au tiers moyen de la paroi vésico-vaginale. Elles se présentent, en général, sur la ligne médiane ; on les rencontre exceptionnellement sur les côtés.

Chez celles-ci, l'état des bords de la fistule et des muqueuses voisines n'a qu'un intérêt relatif, car leur situation permet un accès facile par voie vaginale.

2°) **Fistules hautes** situées au tiers supérieur du vagin, elles sont, au contraire, d'un abord plus difficile et il faut les attirer vers la vulve pour les opérer avec succès. Cette descente de la paroi vaginale n'est pas toujours facile. En effet, dans ces fistules hautes, il faut tenir compte de la hauteur de la fistule et surtout de l'état du vagin au fond duquel elles sont situées. Ce vagin, à la suite de lésions irritatives ou opératoires, est profond et étroit car sclérosé par des tractus fibreux, des brides cicatricielles qui entraînent un rétrécissement. A la partie profonde, il existe parfois des cicatrices transversales résultant de l'hystérectomie origine de la fistule.

Nous comprenons les difficultés opératoires qu'entraîne l'abord de ces fistules par voie vaginale : difficultés pour exposer la fistule, pour pratiquer un dédoublement au fond d'un puits et sur des tissus cicatriciels pour manier les aiguilles et exécuter plusieurs plans de suture.

CHAPITRE III

NOTIONS TECHNIQUES

SERVANT AU CHOIX D'UN MODE OPERATOIRE

De toutes les considérations étudiées précédemment sont nées les indications des voies d'accès de la fistule. Nous passerons en revue en considérant toujours nos deux grands types de fistules :

Fistules basses
Fistules hautes

I. — FISTULES BASSES.

Les chirurgiens sont d'accord pour opérer par **voie vaginale** les fistules bas situées. Ils emploient soit le procédé du dédoublement de Ricard et Quenu, soit le procédé de Fergusson-Bracquehay. Il s'agit d'une opération bénigne et généralement facile, sauf pour les fistules qui s'étendent à l'urètre. Le professeur HARMANT, au cours de la séance de l'Académie de Chirurgie du 24 mai 1939, a rappelé les excellents résultats qu'il a obtenus durant de longues années par le procédé de Bracquehay.

II. — FISTULES HAUTES.

S'il était possible d'avoir un jour aussi facile sur les fistules haut situées, il y aurait sur la voie d'accès la même unanimité.

Il s'agit de la plupart du temps d'un vagin sclérosé, induré et profond ; la fistule elle-même est difficile à voir. Diverses méthodes ont été préconisées pour aborder ces fistules avec le maximum de chance de réussite.

A) Voies suspubiennes.

1°) Voie transvésicale de Marion.

Voie préférée des urologues, elle s'applique à tous les cas. Il est indéniable qu'elle a donné d'excellents résultats, surtout entre les mains de Marion et de ses élèves. Marion dit qu'il a gardé le souvenir d'avoir guéri tous ses malades en une ou plusieurs opérations.

Cependant, ce mode opératoire n'est pas exempt d'inconvénients. Nous allons les examiner successivement :

— son utilisation est délicate quand il s'agit d'une *intervention itérative :* des brides cicatricielles pariétales et péritonéales rendent l'abord de la vessie difficile ;

— destinée à nous permettre d'avoir la fistule « sous les yeux et dans la main », elle nous entraîne dans le cas *d'embonpoint de la malade* à opérer au fond d'un puits ;

— une autre difficulté réside dans la *proximité des orifices urétéraux* au voisinage de la fistule. L'espace manque d'un côté pour faire un avive-

ment et un dédoublement assez étendu et les fils passés au ras de la fistule coupent, amenant la désunion de la suture dans les jours qui suivent l'opération ;

— enfin, un dernier inconvénient est à considérer : il s'agit d'accidents provoqués par le dédoublement de la fistule quand une anse intestinale est adhérente à la vessie. Cette adhérence est habituelle après hystérectomie totale puisque ces opérations se terminent généralement par une exclusion de l'anse réalisée par une suture colo-vésicale. En effet, des *blessures de l'intestin* peuvent se présenter au cours de l'opération : soit blessure directe, soit intestin pris dans les points d'une anse.

2°) Voie trans-péritonéo-vésicale de Legueu.

C'est afin d'éviter ces accidents qu'est née la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu. Elle s'adresse surtout aux fistules complexes. Elle permet une large exposition des lésions et Legueu a obtenu vingt-cinq guérisons sur vingt-huit cas.

Cependant, cette voie ne nous paraît pas donner pleine satisfaction pour plusieurs raisons.

— D'abord, elle comporte l'ouverture successive d'un péritoine et d'une vessie infectée. Il existe donc des risques certains de *péritonite*. Reichenmille nous dit que sur onze opérées, il en a perdu deux par péritonite.

— Ensuite, l'opérateur peut rencontrer des difficultés avec des *uretères*. Legueu rapporte une observation où les difficultés furent considérables

pour suturer une fistule située non loin des uretères : l'opération dura deux heures et la malade succomba.

— De plus, l'*obésité* peut être, comme dans l'opération de Marion, une gêne considérable pour le chirurgien.

B) **Voies basses.**

1°) Voie vaginale.

Améliorée par Pauchet qui propose, pour aborder plus facilement le fond du vagin, le débridement vulvo-vaginal employé par Chaput et Shauta pour les hystérectomies vaginales.

Mais si ce débridement, en donnant du jour, accorde une liberté de manœuvre plus grande, il ne permet pas, par contre, d'abaisser le fond du vagin qui reste toujours aussi profond.

On peut reprocher un grave inconvénient à cette incision : elle est *mutilante*. On est obligé de sectionner le releveur à l'aveugle et plus tard il est mal réuni. La cicatrisation de la vulve est souvent irrégulière et disgracieuse.

Cependant, le docteur R. Dieulafé, dans une publication à la Société de Chirurgie de Toulouse, accorde un certain crédit à cette voie vaginale, surtout s'il n'y a pas eu de tentatives opératoires préalables. Il estime que les chances de succès sont augmentées si on y associe la cystostomie et si l'on supprime la suture du plan vaginal.

Nous ne parlerons pas des procédés sans nombre qui, en France et à l'étranger, ont rencontré une faveur toujours passagère et qui montrent les

difficultés qu'éprouvent les chirurgiens à guérir par les voies d'accès actuellement utilisées certaines fistules mal situées.

2°) Voie vagino-périnéale.

La voie de Picot, améliorée et appliquée par Couvelaire, que nous allons étudier dans les chapitres suivants, nous paraît donner plus de satisfactions que les voies classiques. En effet, elle *guérit* et presque toujours à la première opération. Un cas sur vingt a dû être réopéré d'après une statistique de Couvelaire. Elle est donc intéressante à considérer car c'est sur ses résultats que se base la valeur d'un mode opératoire.

CHAPITRE IV

VOIE VAGINO-PERINEALE

I. — TECHNIQUE OPERATOIRE DE G. PICOT

Préparation de la malade.

Cette préparation ne nécessite pas de soins spéciaux. On place à demeure, quelques jours à l'avance, une sonde de Pezzer qui va permettre des lavages vésicaux matin et soir. Habituellement, l'écoulement de l'urine par le vagin a déterminé une irritation très marquée : des injections au lacto-sérum l'améliorent rapidement.

L'opérée devant être maintenue constipée pendant plusieurs jours avec de l'opium, il est nécessaire de donner une purgation la veille ou l'avant-veille de l'opération.

Anesthésiée par un mode quelconque, inhalation ou rachi, la malade est placée en position gynécologique, le bassin un peu relevé.

Premier temps : **Décollement du vagin et section des releveurs.**

Incision prérectale courbe en arrière passant à

un travers de doigt de la commissure vulvaire, un peu moins étendue sur les côtés que pour une hystérectomie périnéale.

Section du raphé-ano-vulvaire et ouverture de l'espace recto-vaginal. Le décollement est poursuivi aussi haut que possible. D'un coup de doigt ou du bout des ciseaux mousses on ouvre les fosses ischio-rectales et l'on met à découvert la face externe des releveurs déjà dégagés sur leur face interne par le décollement recto-vaginal.

Trois doigts tendent les releveurs qu'on sectionne à mi-hauteur et d'avant en arrière. Cette section des releveurs n'est pas toujours indispensable, de l'avis de R. Couvelaire, pour obtenir un abaissement suffisant du fond du vagin. Quand la fistule est franchement latéralisée, la section d'un seul releveur suffit.

On sectionne enfin le vagin sur la ligne médiane postérieure jusqu'à deux centimètres environ du fond pour ne pas ouvrir le cul de sac péritonéal. On passe dans la partie supérieure de chacune des lèvres de l'incision un gros catgut qui servira de fil tracteur.

Deuxième temps : **Abaissement du vagin et de la fistule.**

On place sur la face antérieure du vagin une pince à cadre souple et élastique et par traction sur cette pince et sur les catguts passés dans les lèvres de l'incision postérieure, on abaisse le vagin en étalant sa face postérieure et en amenant en avant du pubis sa face antérieure et la vessie.

Troisième temps : **Extériorisation de la vessie et fermeture de la fistule.**

Deux incisions transversales et curvilignes circonscrivent, dans la paroi vaginale antérieure, l'orifice de la fistule et le tissu cicatriciel qui l'entoure. Ce tissu est réséqué largement. On décolle alors, aux ciseaux mousses, les bords de cette incision de la vessie sus-jacente et l'on poursuit ce décollement aussi loin qu'il est nécessaire pour que l'on puisse attirer à travers la brèche vaginale antérieure un cône vésical suffisamment étendu pour que la fistule puisse être enfouie sous deux plans de sutures.

Si la fistule vésicale est très latérale et qu'on puisse craindre qu'elle soit au voisinage immédiat de l'uretère, il est plus sûr de mettre ce dernier en évidence : la brèche vaginale est un peu agrandie, le décollement vésical est élargi suffisamment pour que l'on puisse y glisser une valve longue et étroite qui soulève la vessie, tend l'uretère et le rend apparent.

Il devient très facile de contrôler ses connexions avec la fistule vésicale et de passer les fils de suture de façon à invaginer l'uretère dans la vessie sans qu'un fil risque de le blesser ou de le couder. Cette manœuvre, difficile à expliquer, est très facile à exécuter.

Quatrième temps : **Réparation du vagin et des releveurs.**

La brèche vaginale antérieure est suturée au catgut, à points séparés. Cette suture n'apparaît

pas nécessaire à R. Couvelaire surtout s'il s'est produit un suintement sanguin, suintement qui laisse un hématome entre les plans de suture vésicale et vaginale.

Suture de l'incision vaginale postérieure : Les fils sont passés de façon que les lèvres soient bien affrontées. Le dernier point prend exactement la commissure et la répare avec soin.

Les deux muscles releveurs sont réparés par des points en U.

Une petite mèche est glissée dans le décollement recto-vaginal et l'incision cutanée fermée à ses extrémités.

Soins postopératoires. — La sonde vésicale, changée au moment de l'opération, est maintenue en place dix jours, mais changée au bout de cinq jours. Chaque matin, on fait un lavage au sérum chaud en n'injectant que 15 à 20 grammes à la fois. Ce lavage n'a d'autre but que de s'assurer de la perméabilité de la sonde.

La mèche est retirée le quatrième jour, remplacée par une plus courte. Elle est retirée définitivement le huitième ou le dixième jour.

La malade est maintenue constipée avec l'opium pendant une semaine, mais dès le cinquième ou sixième jour, on lui donne de l'huile de paraffine pour éviter la formation de matières dures.

La malade est levée le douzième ou treizième jour.

II. — DISCUSSION DE CETTE TECHNIQUE OPERATOIRE.

Cette nouvelle voie d'abord des fistules vésico-vaginales n'a pas trouvé, soit à l'Académie de Chirurgie à l'occasion des premières observations de l'auteur, soit à la Société d'Urologie à l'occasion de la discussion ouverte par le plaidoyer de R. Couvelaire, de nombreux partisans.

Des critiques lui furent adressées, spécialement par le professeur Marion et R. Gouverneur, qui s'instituèrent les défenseurs des méthodes classiques.

C'est le principal de leur critique et la réponse de Couvelaire que nous exposerons dans les deux paragraphes suivants.

A) Exposé des critiques.

Elles sont au nombre de trois et reposent le plus souvent sur des objections théoriques.

1°) Opération mutilante.

« Décoller complètement le vagin du rectum comme dans une périnéorraphie, écrit Marion, fendre le vagin sur la ligne médiane puis sectionner les releveurs de chaque côté, me paraît être une opération préliminaire d'une certaine importance. Jusqu'ici, grâce à l'habileté de Picot et de Couvelaire, les suites ont été bonnes et il n'y a pas eu d'effondrement du périné ; mais cela m'étonnerait beaucoup, qu'un jour ou l'autre, par suite d'un hématome d'une suppuration l'on n'ait pas une désunion de la réparation et un effondrement périnéal nécessitant une nouvelle intervention. »

Ces critiques furent reprises par R. Couvelaire qui écrit : « Le décollement recto-vaginal qu'il faut pousser loin jusqu'au fond du vagin pour arriver sur le siège de la fistule et la section de la paroi postérieure du vagin représentent réunis et à eux seuls déjà une intervention ; la section des releveurs de l'anus constitue un délabrement et au moment de la réparation, si bien faite soit la suture et la restauration, je pense qu'en bien des cas la malade conservera un certain degré de faiblesse du périné et une tendance au prolaxus vaginal. »

2°) Opération inutile.

« Je ne vois pas la nécessité, dit Marion, de chercher d'autre voie d'abord des fistules vésico-vaginales en dehors de la voie transvésicale pour les fistules hautes et certaines fistules basses latérales susceptibles d'intéresser les uretères, et de la voie vaginale complétée au bassin par un débridement à la Michaux si l'on voulait à tout prix opérer par voie basse une fistule avec un vagin inextensible. Pour les 225 fistules que j'ai opérées et qui comprennent toutes les variétés de fistules qu'on peut imaginer, je n'ai jamais eu besoin d'employer d'autre voie. L'opération de Picot est une opération préliminaire complètement inutile. »

3°) Opération dangereuse.

En effet, disent certains, on peut avoir des possibilités de blessure du rectum en clivant la paroi recto-vaginale et on cite comme argument une opération qui s'est terminée par une fistule recto-vaginale.

On a invoqué aussi le danger de lésion du péritoine, danger d'ailleurs signalé par PICOT, si l'on poursuit trop haut l'incision de la paroi postérieure du vagin ou si l'on poussait trop loin du décollement la suture vésicale l'aiguille accrochant le péritoine.

B) **Réponse à ces critiques.**

Toutes ces objections sont indéniablement d'un certain poids prononcées par le professeur MARION et R. COUVELAIRE. Cependant, à la réflexion, on peut se rendre compte qu'elles furent plus théoriques que pratiques.

1°) ELLE N'EST PAS MUTILANTE.

C'est une intervention anatomique très bien réglée et à peu près exsangue. « Opération de clivage plus opération de section », dit COUVELAIRE.

Le professeur B. FEY est en parfait accord avec lui quand il écrit : « Sans doute le périné est-il fortement démoli, mais on a l'impression d'un démontage pièce à pièce et la réfection est absolument satisfaisante. »

La section des releveurs n'est pas utile dans tous les cas et COUVELAIRE a pu abaisser la fistule en n'ayant recours qu'à la section d'un seul releveur et même sans aucune section.

D'après les résultats éloignés, il est démontré que le périné ne présente aucune tendance au relâchement ni au prolapsus vaginal.

2°) ELLE N'EST PAS INUTILE.

En effet, pour deux raisons :

— d'abord, elle est bien supérieure au débri-

dement vulvo-vaginal. C'est une opération à ciel ouvert et non à l'aveugle. C'est une opération exsangue alors que les tranches du débridement sont fréquemment très saignantes. Enfin et surtout, le débridement seul ne permet pas l'extériorisation de la vessie. Le débridement vulvo-vaginal permet d'aller à la fistule, alors qu'en empruntant la voie vagino-périnéale, c'est la fistule qui vient sous les yeux de l'opérateur facilitant singulièrement la cure.

— Ensuite, comme nous l'avons montré précédemment, il est indéniable que la voie tranvésicale ne permet pas dans tous les cas une cure aisée de la fistule. Pour nous en convaincre, lisons cette observation de M. B. Fey d'une opération itérative:

« J'ai eu à traiter, en octobre, une énorme fistule vésico-vaginale postopératoire, longue de dix centimètres, siégeant haut sur la face postérieure de la vessie. J'ai opéré par voie transvésicale et pus fermer presque tout, mais une fistule persista. Trois mois après, je retournai avec confiance par la même voie transvésicale. Je me suis trouvé embarqué dans une intervention terrible dont je ne suis pas prêt à perdre le souvenir : difficulté de paroi, difficulté sur le péritoine du fait de la laparotomie itérative, difficulté d'exposition de la vessie et, une fois la vessie exposée, je me trouve sur la face postérieure de celle-ci en présence d'une bride épaisse derrière laquelle partait un recessus au fond duquel existait un petit orifice latéral droit. Pour exposer la fistule et l'aborder, il m'a fallu reséquer la bride et finalement je me suis trouvé

en face d'une brèche latérale longue de plusieurs centimètres et en tissu cartonné. Je fis de mon mieux, mais j'ai la certitude que ma suture va lâcher. »

Chez les femmes grasses, l'exposition de la fistule est délicate et malgré tous les artifices l'opération reste difficile. Au contraire, par cette voie, il s'agit de passer à travers un périné qui est resté maigre malgré l'embonpoint de la malade et il est plus facile, au lieu de travailler au fond d'un puits, d'avoir la fistule « sous l'œil et dans la main ».

La possibilité de lésions urétérales et la difficulté de fermeture de la fistule dans le cas de proximité de l'orifice urétéral, sont des inconvénients que l'on ne peut négliger.

3°) Elle n'est pas dangereuse.

Les arguments qui mettent en valeur ce danger ne sont pas probants : ils montent en épingle les fautes opératoires.

« Que celui, dit Courvelaire, qui ouvre en même temps rectum et périné, renonce aussi à la classique colpo-périnéorraphie postérieure et qu'il ait la sagesse en face d'un prolapsus génital de prôner prudemment l'usage du pessaire. Mais ne tirons pas argument de la maladresse ou de la malchance d'un chirurgien pour condamner cette voie d'abord. »

La question de la blessure du péritoine, si elle arrive, est extrêmement facile à réparer.

Donc, tous les arguments invoqués contre cette voie ne nous paraissent pas valables si on les dis-

cute et si on les compare aux données expérimentales. Il est certain que toute nouveauté entraîne des discussions, mais il est impossible de rejeter *à priori* une méthode sans l'expérimenter.

Au cours de l'exposé de nos observations, nous allons nous rendre compte que cette méthode guérit et, par conséquent, présente des avantages certains.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^lle Anna S..., 19 ans, cultivatrice.

Malade, rentre le 1^er juillet 1947 pour fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement nécessitant une application de forceps.

Examen : fistule volumineuse de 8 à 10 mm au-dessus du milieu de la paroi vésico-vaginale.

Opération (Docteur Lhez) :

1°) Cystostomie : le 6 août 1947.

2°) Intervention sur la fistule le 26 août 1947.

— rachi anesthésie ;

— abord de la fistule suivant la technique Picot-Couvelaire sans section des releveurs ;

— après large dédoublement, suture en bourse au catgut chromé, suivie d'une suture en deux plans au lin et par points séparés ;

— pas de suture vaginale ;

Suites opératoires :

— ablation de la sonde hypogastrique au 18^me jour ;

— guérie, la malade sort le 3 octobre 1947.

OBSERVATION II

Mme L..., 39 ans, cultivatrice.

Entre le 7 août 1944 pour fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale.

Examen : spéculum montre une fistule à la partie haute du cul de sac antérieur, orifice de la taille d'une pièce de cinquante centimes.

Cystostomie possible en examinant le fond vaginal. Au niveau du trigone entre les deux orifices urétéraux sur l'horizontale qui les joint existe un orifice à bord très net, très facile à voir et qui paraît d'environ un centimètre de diamètre. L'orifice urétéral gauche est situé très près du bord gauche de la fistule d'environ 3 à 4 mm.

Opération (Docteur Lhez) :

1°) Cystostomie.

2°) Fermeture de la fistule ;

— rachi anesthésie ;

— abord suivant la technique Picot-Couvelaire, mais sans section des muscles releveurs. La fistule apparaît haute. Après dédoublement, suture de la vessie en bourse au catgut chromé, deux plans supplémentaires au fil de lin à points séparés, suture au catgut de la paroi vaginale.

Suites opératoires : sonde de cystostomie retirée le 13 septembre, mise en place d'une sonde de Pezzer uréthrale ; le 24, la sonde de Pezzer est retirée ; le 10 octobre, la malade est guérie.

OBSERVATION III

Mme C..., 69 ans, cultivatrice.

Entre en novembre 1944 pour fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'une hystérectomie pour cancer du col utérin. Elle présente des crises de cystite très douloureuses avec pyurie.

Une tentative infructueuse par voie transvésicale a été faite dans un autre service.

Examen : Speculum s'ouvre difficilement. Au niveau du dôme vaginal il existe dans la partie droite un orifice de la dimension d'environ 7 à 8 mm de diamètre.

Toucher vaginal décelle au fond du vagin une bride antéro-postérieure.

Opération (Docteur Lhez) :

1°) Cystostomie (difficile en raison de l'intervention antérieure) : une cure par voie transvésicale eut été certainement rendue impossible en raison de l'état de la paroi vésicale et des petites dimensions de la vessie.

2°) Fermeture de la fistule ;

— rachi anesthésie ;

— opération de Picot-Couvelaire, avec section d'un releveur. Suture en bourse recouverte d'un plan à points séparés. Pas de suture vaginale.

Suites opératoires : ablation de la sonde de cystostomie vingt jours après ; mise en place d'une sonde urétrale ; fermeture de la cystostomie.

Un mois après, examen au speculum montre : au fond du vagin une cicatrice opératoire de bonne qualité.

OBSERVATION IV

M^me^ S. D...

En 1946, entre pour fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement long et difficile ayant nécessité une application de forceps.

Une tentative de cure par voie transvésicale ayant été faite en 1938.

Examen : Fistule située dans la moitié supérieure de la paroi vaginale antérieure et de petite dimension.

Opération (Docteur Lhez) :

— Intervention sans cystostomie préalable ;
— rachi anesthésie ;
— abord de la fistule suivant la technique Picot-Couvelaire sans section des releveurs ;
— après dédoublement, suture en bourse ; deuxième plan vésical au fil de lin à points séparés ;
— pas de suture vaginale ;

Suites opératoires :

— ablation de la sonde au 14^me^ jour ;
— la malade sort guérie.

CHAPITRE VI

AVANTAGES DE LA VOIE VAGINO-PERINEALE

Maintenant que nous avons considéré tous les aspects de la question, nous pouvons nous permettre d'envisager les avantages que l'on peut tirer de cette nouvelle technique opératoire.

1°) **C'est une voie anatomique.**

Voie de clivage parfaitement exsangue, elle laisse un périné solide. Evidemment, c'est plus difficile de passer au travers d'un périné que d'ouvrir une vessie, mais il suffit d'en apprendre la technique.

2°) **Elle permet une excellente exposition de la fistule.**

La fistule la plus haut située devient aisément accessible dès que la colonne postérieure du vagin séparée du rectum par clivage est incisée sur la ligne médiane écartée et abaissée en éventail. Le vagin le plus étroit, le plus profond et le plus sclé-reux s'ouvre comme un livre et permet l'excellente exposition de la fistule.

3°) La fistule bien exposée et bien descendue devient **plus facile à dédoubler et à fermer** que par n'importe quel autre procédé. Point n'est besoin d'instrument particulier long et coudé, de position inversée pour opérer à son aise. La suture vésicale représente le temps capital de la fermeture. Dès que le dédoublement est poussé assez loin pour permettre de larges accolements en surface, le succès est assuré.

4°) La technique de Picot permet un **repérage des uretères** empêchant leur lésion. En effet, lorsqu'on incise transversalement la paroi vaginale antérieure pour décoller la vessie, on aboutit latéralement sur la terminaison des uretères. En mettant une valve médiane qui soulève la face postérieure de la vessie, celle-ci tend deux cornes à partir desquelles il est facile de retrouver les uretères dans leur segment juxta-vaginal.

De même elle permet, ayant traumatisé la vessie le long de la portion intra-murale de l'uretère, d'enfouir la brèche en refoulant l'uretère vers la cavité vésicale. Ainsi, l'uretère respecté présente une portion intra-murale plus longue.

5°) Quand le décollement pré-rectal atteint le décollement juxta-fistuleux, la suture du vagin constitue un **nouveau plan de sécurité** parce que l'hématome intervésico-vaginal trouve une voie avec drainage périnéal.

6°) **La cystostomie n'est pas absolument nécessaire.** Elle présente simplement un facteur de réussite

secondaire. Il suffit de mettre une sonde urétrale à demeure. Elle n'est nécessaire que si la fistule atteint le col vésical.

7°) Comme l'a montré nos observations, c'est un mode opératoire **qui guérit** et cela le plus souvent en un temps. En 1944, sur vingt malades de Couvelaire, un seul a dû être réopéré. A l'heure actuelle, ce dernier présente une statistique de 38 cas ayant abouti à la guérison.

8°) Cette guérison se fait en une quinzaine de jours. En effet, les **suites opératoires sont simples et anodines,** ne nécessitant ni soins particuliers, ni position ventrale. Il suffit de veiller au fonctionnement régulier de la sonde uréthrale. La malade sera constipée cinq jours, la mèche vaginale retirée le 2me jour, le drain prérectal le 5me jour, la sonde vésicale du 10me au 12me jour.

9°) Elle peut être **conseillée formellement :**

— s'il existe une cicatrice de laparotomie ;

— si la malade présente une paroi abdominale épaisse ;

— si une tentative infructueuse a déjà été faite à travers une vessie petite et difficilement étalable.

Par la voie vagino-périnéale des fistules vésico-vaginales peuvent donc être guéries, essentiellement parce que cette voie permet d'exposer largement le champ opératoire, de préparer les tissus à suturer, de réaliser des sutures qui affrontent les

surfaces. C'est ce qui explique que Grimoud et Guilhem aient pu obtenir de très bons résultats par une technique vaginale élargie qui tire ses avantages de facteurs comparables.

CONCLUSIONS

Donc, la méthode Picot-Couvelaire, pour aborder les fistules vésico-vaginales, est une voie de choix.

— C'EST UNE VOIE SIMPLE : qui permet, en étant très anatomique, d'amener toutes les fistules quelles que soient leur situation.

— C'EST UNE VOIE SURE : elle met en évidence les uretères, permet un dédoublement aisé et ainsi une suture vésicale parfaite ayant ainsi toutes les chances de succès pour amener la guérison.

— C'EST UNE VOIE PROMPTE : elle permet en quinze jours, sans soins particuliers, de guérir la malade.

— C'EST UNE VOIE NECESSAIRE dans le cas d'obésité abdominale, de cicatrice, de laparotomie, d'échec de la cure opératoire par voie transvésicale.

Ainsi, on peut affirmer dans ces conditions que cette technique peut être très utile au chirurgien qui aura tôt fait de se familiariser avec elle.

Vu :

Le Doyen, — *Le Président de thèse,*

CALVET — P. FABRE

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 28 mai 1948

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN

Bibliographie

F.-H. DE BEAUFOND. — A propos du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. (Société Française d'Urologie. Séance du 15-1-45, *in-Journal d'Urologie*, T. 52, n° 10, 1944-1945).

A. SJOVALL. — Contribution à la technique opératoire des fistules vésico-vaginales. (Acta Obst. et Gyn. Scand. Vol. 25, Fasc. 3-4, 1946, in-*Gynécologie et Obstétrique*, T. 46, n° 2, 1947).

C.-P. ANDRÉ. — Traitement des fistules vésico-vaginales. X^me^ Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Paris, le 30 septembre 1937. In-*La Gynécologie*, mars 1938.

P. GUILHEM et M. GRIMOUD. — Mode opératoire des fistules profondes par voie vaginale. (*Journal de Chirurgie*, 1-4-1943).

R. DIEULAFÉ. — Choix de la technique dans le traitement des fistules vésico-vaginales (à propos de deux observations). (Société de Toulouse de Chirurgie, 25 juin 1943. In-*Presse Médicale*, n° 43, 20 novembre 1943).

G. Picot. — Le traitement des fistules vésico-vaginales haut situées par la voie vagino-périnéale. (*Journal de Chirurgie*, octobre-novembre 1939, n° 4-5).

R. Couvelaire. — A propos d'une observation de fistule vésico-vaginale guérie par voie vagino-périnéale. (*Journal d'Urologie*, novembre 1940).

R. Couvelaire, Marion, Gouverneur. — Discussion sur la voie d'abord vagino-périnéale des fistules vésico-vaginales. (*Journal d'Urologie*, janvier 1941).

J. Jomain. — Fistule vésico-vaginale haute opérée successivement par voie transvésicale et par voie vagino-périnéale. (*Journal d'Urologie*, juillet-août 1941).

R. Couvelaire. — Vingt observations de fistules vésico-vaginales haut situées guéries par voie d'abord vagino-périnéale. (*Journal d'Urologie*, mars-avril 1944).